



S. A. Compañía de Seguros de Vida, Salud y Sepelio

Casa Central: Lavalle 482 - 11° Piso "A" - (1047) CAPITAL FEDERAL

Tel./Fax: (011) 4393-4300

Sede Administrativa: Salta 1556 - (2000) ROSARIO

Tel./Fax: (0341) 4488385 / 90

E-mail: beneficio@infovia.com.ar

Agencia Salta: Belgrano 853 - (4400) SALTA

Tel./Fax: (0387) 431-5650

DENUNCIA ADMINISTRATIVA

PLAN: _____

CERTIFICACION DE LA INTERVENCION

Por la presente certifico que el día...../...../..... he realizado a.....

.....LE/LC/DNI/CI N°..... la intervención quirúrgica que se detalla a continuación.

Nombre de la/s intervención/es realizada/s:.....

Código/s de referencia (según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatorias).....

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica.....

Fecha Inicio de Enfermedad.....

Datos del Profesional interviniente:

Apellido y Nombres:.....

Número de Matrícula Provincial:.....

Número de Matrícula Nacional:.....

Tipo y Número de documento:.....

Dirección:.....

Teléfono:.....

Datos del Establecimiento Asistencial:

Nombre:.....

Dirección:.....

Teléfono:.....

Firma y sello del
Profesional

Firma y sello del Responsable
del Establecimiento
Asistencial